



DIVISION OF VOCATIONAL REHABILITATION (DVR)

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

APPLICATION FOR VOCATIONAL REHABILITATION SERVICES

1. НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	2. ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ	ОТЧЕСТВО	ФАМИЛИЯ
3. ПОЛ <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	4. ДАТА РОЖДЕНИЯ	5. ОКРУГ	
6. АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС
7. НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ ГОРОДА) <input type="checkbox"/> ФАКС <input type="checkbox"/> ТТУ			
8. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ Я ПОЛУЧАЮ УСЛУГИ: <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> SSI - Disabled (для нетрудоспособных)			
<p>Подавая настоящее заявление, я обращаюсь в Отделение профессиональной реабилитации (DVR) за оказанием услуг, которые, в конечном счете, позволят мне трудоустроиться.</p> <p>Я понимаю, что согласно раздела IV Закона «О защите гражданских прав» 1964 года (Civil Rights Act of 1964) и законодательства штата Вашингтон, направленного против дискриминации, во всех программах и услугах Департамента социального обеспечения и здравоохранения (DSHS) штата Вашингтон запрещена дискриминация на основе расы, цвета кожи, убеждений, вероисповедания, сексуальной ориентации, статуса инвалида войны, статуса ветерана периода Вьетнамского конфликта, национального происхождения, пола, инвалидности и возраста.</p> <p>Кроме того, я понимаю, что в соответствии с положением Административного кодекса штата Вашингтон (WAC) 388-890-1180, если когда-либо я буду неудовлетворен(а) любым решением, принятым DVR, то у меня есть право в любое время обращаться в программу помощи клиентам (Client Assistance Program), право требовать внесудебного разрешения спора при помощи посредников, а также право требовать проведения официального слушания дела.</p> <p>Пожалуйста, поставьте отметку в следующих квадратах, если это относится к Вам:</p> <p><input type="checkbox"/> Мне рассказали о процедурах подачи жалоб в связи с дискриминацией и об услугах программы помощи клиентам (CAP).</p> <p><input type="checkbox"/> Я понимаю, что консультант DVR должен определить, имею ли я право на услуги по профессиональной реабилитации. Для установления наличия такого права может потребоваться проведение оценки, и я готов(а) принять участие в проведении этой оценки.</p> <p><input type="checkbox"/> Мне была предложена возможность зарегистрироваться, чтобы участвовать в принятии решений.</p> <p><input type="checkbox"/> Я даю разрешение DVR предоставлять необходимую информацию системе учета клиентов департамента DSHS. Эта информация поможет Вашему консультанту согласовывать предоставляемые услуги с другими отделениями департамента DSHS. Указанная информация включает в себя: имя, номер социального обеспечения, дату рождения, пол, сведения о национальном происхождении и организации или медицинском учреждении, проводящем лечение в настоящее время.</p>			

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ/ РОДИТЕЛЯ/ ОПЕКУНА

ДАТА ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ

TO BE COMPLETED BY DIVISION OF VOCATIONAL REHABILITATION (DVR) STAFF ONLY

DVR STAFF ASSIGNED TO APPLICANT